



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA Y ANÁLISIS DEL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA EN LOS AÑOS 2020
Y 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

SARA ANTOINETTE BLANCO SOTOMAYOR

ASESORA

DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON

LIMA, PERÚ

2021



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA Y ANÁLISIS DEL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA EN LOS AÑOS
2020 Y 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR
SARA ANTOINETTE BLANCO SOTOMAYOR**

**ASESORA
DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON**

**LIMA, PERÚ
2021**

JURADO

Presidente: Mg. Carmen Layten Villanueva

Miembro: Mg. Gustavo Tagle Carbajal

Miembro: M.E. Andrea Lui Lam Postigo

DEDICATORIA

A mis padres y hermana, por todo el apoyo brindado durante toda la carrera.

Sara Antoinette Blanco Sotomayor

AGRADECIMIENTO

A todos mis docentes por todo el apoyo y conocimiento brindado.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de gineco obstetricia	1
1.2 Rotación de cirugía	4
1.3 Rotación de medicina interna	8
1.4 Rotación de Pediatría	12
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	17
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	19
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	25
4.1 Rotación de Gineco-obstetricia	26
4.2 Rotación de cirugía general	26
4.3 Rotación de Medicina interna	27
4.4 Rotación de Pediatría	27
CONCLUSIONES	29
RECOMENDACIONES	30
FUENTES DE INFORMACIÓN	32

RESUMEN

Objetivo: Demostrar la integración y consolidación de lo aprendido que fue basado tanto en el aspecto práctico como teórico. Además, conocer las experiencias brindadas por el internado médico para comprender diversos aspectos sobre ello y así poder elaborar estrategias para mejorar la formación médica, así como mostrar las alternativas innovadoras que trajo consigo la pandemia por COVID-19.

Desarrollo: En el presente trabajo se expresa las diferentes experiencias del internado médico de las cuatro rotaciones: gineco obstetricia, cirugía general, medicina interna y pediatría, que fueron realizadas en el Hospital José Agurto Tello de Chosica (HJATCH). Se presenta casos clínicos reales que se dieron en la práctica diaria, así como el aporte del interno en los casos mencionados. Además, la importancia del proceso enseñanza-aprendizaje de este último año de la carrera es fundamental para el desenvolvimiento del médico general.

Conclusiones: El internado médico es un año indispensable para que los alumnos puedan consolidar, integrar y aplicar los conocimientos adquiridos durante los años previos de la carrera.

Palabras clave: Internado médico, medicina, proceso enseñanza-aprendizaje.

ABSTRACT

Objective: To be able to demonstrate the integration and consolidation of what has been learned that was based on both the practical and theoretical aspects. In addition, to know the experiences provided by the medical internship to understand aspects about it and thus be able to develop strategies to improve medical training.

Development: This work expresses the different experiences of the medical internship of the four rotations: obstetric gynecology, general surgery, internal medicine and pediatrics, which were carried out at the José Agurto Tello de Chosica Hospital (HJATCH). Real clinical cases that occurred in daily practice are presented, as well as the report of other colleagues in the cases mentioned. In addition, the importance of the teaching-learning process of this last year of the degree is fundamental for the development of the general practitioner.

Conclusions: The medical internship is an essential year for students to consolidate, integrate and apply the knowledge acquired during the previous years of the career.

Keywords: Medical internship, medicine, teaching-learning process.

INTRODUCCIÓN

El internado es una etapa obligatoria en la formación de todo médico, durante este importante año, el estudiante participa de manera activa en el establecimiento de salud al cual fue asignado, asumiendo responsabilidades respecto a los pacientes que tienen a su cargo, realizando procedimientos médicos bajo supervisión adecuada, participando activamente en las visitas médicas y consolidan los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos durante las etapas previas¹.

En Perú, el internado es realizado durante el último año del plan de estudios de pregrado de la carrera de medicina humana, y comprende cuatro rotaciones hospitalarias: ginecoobstetricia, cirugía, medicina y pediatría. Teniendo como objetivo el capacitar a los internos para poder realizar procedimientos médicos básicos en la práctica diaria, que van a emplear y realizar como médicos generales. Considerando que la mayoría de médicos recién graduados realizan con prontitud el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS), que en la mayoría de casos los establecimientos de salud en el cual se labora están en comunidades alejadas, el médico tendrá que ser capaz de realizar procedimientos eficientemente para la recuperación y bienestar del paciente. Sin embargo, existen diversos problemas y limitaciones que podrían dificultar el aprendizaje y la realización de procedimientos por parte del interno, como la falta de oportunidades, gran cantidad de trabajo administrativo (papeleo), entre otros. Es de suma importancia poder comprender aspectos sobre el internado para poder elaborar estrategias para así mejorar la formación médica.

El internado médico fue realizado en el Hospital José Agurto Tello de Chosica (HJATCH) el cual es una entidad adscrita al Ministerio de Salud, con servicios de categoría de hospital especializado del nivel II-2. El establecimiento dio charlas de inducción al internado enfocándose principalmente en las normas de bioseguridad. Por otro lado, la universidad San Martín de Porres - facultad de medicina humana - brindó seminarios dados por docentes de las diversas especialidades; además, cursos virtuales de COVID-19 tanto el aspecto teórico respecto al virus, como las normas de bioseguridad que debíamos tomar al retornar al internado médico.

Este año fue de suma importancia para los trabajadores de la salud, donde resaltó la empatía y vocación de servicio para con los pacientes, destacando la compasión, integridad y fortaleza del médico que prevaleció por encima del posible temor hacia la enfermedad que ocasionó el virus COVID – 19. La situación nacional pre y durante la pandemia ha sido variable, con una notable diferencia, principalmente, en el aspecto económico y sector salud.

CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico permite plasmar en la práctica lo aprendido durante todos los años de estudios en pre grado logrando así consolidar los conocimientos adquiridos previamente, se realiza procedimientos médicos básicos en la práctica diaria, que van a emplear y realizar como médicos generales. Además, permite identificar, aplicar y proponer, con base a los conocimientos adquiridos, alternativas de solución a los problemas y casos presentados durante el internado, considerando también aspectos éticos, y darle la importancia debida a la prevención y promoción de la salud. Asimismo, se debe considerar la relevancia en la carrera del médico, el lograr el cumplimiento de todos los objetivos trazados durante el internado, el cual está siempre basado en valores y actitudes acordes a la profesión médica como el respeto al ser humano, integridad, compromiso con la calidad en la atención médica, entre otras². A continuación, se presentará un total de 8 casos clínicos, 2 de cada especialidad: gineco obstetricia, cirugía general, medicina y pediatría.

1.1 Rotación de gineco obstetricia

Caso clínico número 1:

- Filiación

Historia clínica: 0209284

Nombre del paciente: FGRS

Sexo: femenino

Edad: 29 años

Ocupación: ama de casa

Dirección: Lurigancho- Chosica

Estado civil: conviviente

Religión: católica

Tipo de seguro: SIS PEAS

Fecha: 15/02/20

- Anamnesis:

Paciente mujer de 29 años acude a consultorio externo por presentar flujo vaginal blanco grumoso asociado a prurito desde hace 5 días aproximadamente.

ANT: G1P1001, Cesárea en 2016.

- Examen físico:

FC: 84 por minuto FR: 20 por minuto, Presión arterial: 100/70, T°: 37.4 °C
AREG, AREN, AREH. Piel y anexo: T/H/E, llenado capilar <2", no icterico.

Tórax y pulmones: Amplexación adecuada, murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: blando, depresible, RHA (+) y no doloroso a la palpación.

Genito-urinario: PPL (-) PRU (-)

Especuloscopia: flujo blanco grumoso adherente

Sistema nervioso: Paciente despierto, LOtep, Glasgow 15/15, no signos de focalización.

- Diagnóstico: vulvovaginitis CIEX: N76.20
- Tratamiento: clotrimazol 500mg óvulos por vía vaginal por 7 noches

Caso clínico número 2:

- Filiación:

Historia clínica: 0209284

Nombre del paciente: PSEY

Sexo: femenino

Edad: 37 años

Ocupación: ama de casa
Dirección: Lurigancho- Chosica
Estado civil: conviviente
Religión: católico
Tipo de seguro: SIS PEAS
Fecha: 10/03/20

▪ Anamnesis:

Paciente mujer de 37 años de edad, gestante de 39 semanas, acude a emergencia por pérdida de líquido claro desde hace 6 horas, niega sangrado vaginal, percibe movimientos fetales. Antecedente: G2P1001

▪ Examen físico:

FC: 105 por minuto FR: 20 por minuto Presión arterial: 110/74

Temperatura: 37 °C Sat.Ox: 98% Peso: 69.5 Kg. talla: 1.58 m.

AREG, AREN, AREH. Piel y anexo: T/H/E, llenado capilar <2", no icterico.

Tórax y pulmones: Amplexación adecuada, murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: blando, depresible, RHA (+), AU: 34cm LCI

Genito-urinario: PPL (-) PRU (-)

Sistema nervioso: Paciente despierto, LOTEP, Glasgow 15/15, no signos de focalización.

▪ Exámenes auxiliares:

Hemograma: Leucocitos: 6.53, Hemoglobina: 10.3 g/Dl, HCT: 31.8%
Plaquetas: 307

Hemoglobina y hematocrito de control: 9.7 g/Dl / 29.5 %

Glucosa: 104 Urea:23 Creatinina: 0.95

Grupo y factor: O+ Serológicos: no reactivo

Examen de orina: Células epiteliales: 0-2 XC, Leuc: 0-3XC

Test de hehecho: positivo

- Diagnóstico:

1) gestante de 39 semanas CIEX:Z35.9

2) Ruptura prematura de membrana de 6 horas CIEX: 042.9

- Tratamiento: cefazolina 1g EV cada 6 horas y cesárea

- Hospitalización: paciente estuvo alojada en hospitalización de obstetricia. Se le administra ibuprofeno 400 mg y cambio de antibiótico a cefuroxima 500mg VO cada 12 horas. Evolución favorable. Alta a los 3 días con indicaciones médicas y orientación de signos de alarma.

1.2 Rotación de cirugía

Caso clínico número 3:

- Filiación:

Historia clínica: 0085361

Nombre del paciente: WEAR

Sexo: masculino

Edad: 36 años

Ocupación: empresario textil

Dirección: Lurigancho- Chosica

Estado civil: soltero

Religión: católico

Tipo de seguro: SIS PEAS

Antecedentes: niega, RAM: niega

Fecha: 08/12/20

- Anamnesis:

Paciente varón de 41 años, quien 10 horas antes de ingreso a emergencia, presenta anorexia, seguido de un dolor tipo cólico difuso en abdomen, predominantemente en epigastrio, aparición insidiosa, asociado a náuseas y vomito en 1 ocasión, niega otras molestias. Hace aproximadamente 3 horas dolor migra hacia fosa iliaca derecha, dolor tipo cólico con una intensidad 8/10, por lo cual paciente acude a emergencia, presenta Mc burney (+), Rovsing (+), Blumberg (-).

Se le da un puntaje de 7 en la escala de Alvarado: anorexia (1), náuseas y vómitos (1), migración del dolor (1), dolor en cuadrante inferior derecho (2), leucocitos mayor de 10,000 (2) y desviación a la izquierda de neutrófilos con neutrofilia > 75% (1).

- Examen físico:

FC: 119 por minuto FR: 20 por minuto Presión arterial: 119/71

T°: 37.4 °C, Sat.Ox: 98% Peso 68 Kg. talla: 1.70 m.

AREG, AREN, AREH. Piel y anexo: T/H/E, llenado capilar <2", no icterico.

Tórax y pulmones: Auscultación adecuada, murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: blando, depresible, RHA presentes, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha. Mc burney (+), rovsing (+), Blumberg (-)

Genito-urinario: PPL (-) PRU (-)

Sistema nervioso: Paciente despierto, LOTEP, Glasgow 15/15.

- Exámenes auxiliares:

Hemograma: Leucocitos: 15.84, Neutrófilos 13.34 (84.3%), Bast 0.02 (0.1%),

Hemoglobina: 13.6 g/Dl, HCT: 39.7%, Plaquetas: 305

Hemoglobina y hematocrito de control: 12.4 g/Dl / 38.2%

PCR: 6-6 g/L, Creatinina: 0.95, Glucosa: 93, Urea:36, Grupo y factor: O+

Serológicos: no reactivo, examen de orina: negativo

Hallazgos ecografía:

Fosa iliaca derecha: asas intestinales con escaso contenido, no evidencia de líquido libre, peristaltismo conservado, no evidencia de signos ecográficos de apendicitis en la actualidad.

Hígado y vías biliares ecográficamente normal

Bazo y páncreas ecográficamente normal

Proceso inflamatorio gástrico

- Diagnóstico: Apendicitis aguda
- Tratamiento: Apendicetomía convencional

- Procedimiento de Cirugía:

Primero se realizó la asepsia y antisepsia, colocación de campos estériles y se hace incisión transversa infraumbilical derecha. Luego, disección por planos e identificación de hallazgos, aspiración de secreciones, apendicetomía anterógrada. A continuación, se realizó ligadura de muñón apendicular, secado de cavidad. Finalmente, se realizó una revisión de hemostasia, conteo de gasas, dressings y material quirúrgico completos. Paciente tolera acto operatorio.

Hallazgo: Se halló un apéndice cecal flemonosa en toda su extensión.

- Diagnóstico post quirúrgico:

Post operado de apendicetomía convencional por apendicitis aguda no complicada.

- Hospitalización:

Paciente estuvo alojado en hospitalización de cirugía. Se le administra ceftriaxona 2gr cada 24 horas y metamizol 2 gr EV cada 8 horas. Evolución favorable. Alta a los 2 días con indicaciones médicas y orientación de signos de alarma.

Caso clínico número 4:

- Filiación:

Historia clínica: 0045092

Nombre del paciente: GSJL

Sexo: masculino

Edad: 54 años

Ocupación: Chofer

Dirección: Lurigancho- Chosica

Estado civil: casado

Religión: católico

Antecedentes: niega, RAM: niega

Fecha: 7/11/20

- Anamnesis:

Paciente varón de 54 años, refiere que desde hace un mes siente que “sale un bulto por mi ombligo” que desaparecía cuando se colocaba en posición decúbito supino, no presentaba sintomatología adicional. Refiere que desde hace un día la masa no desaparece como antes, está constantemente protruida, presenta dolor tipo hincada en región periumbilical, fue aumentando la intensidad de dolor progresivamente llegando a 8/10 en las últimas horas, por lo cual acude a emergencia del HJATC.

- Examen físico:

FC: 115 por minuto FR: 22 por minuto PA: 120/88, T°: 37.3 °C Sat.Ox: 98%
Peso 82 Kg. talla: 1.69 m.

AREG, AREN, AREH. Piel y anexo: T/H/E, llenado capilar <2”, no icterico.

Tórax y pulmones: Amplexación adecuada, murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: blando, depresible, RHA (+), distendido, doloroso a la palpación en región periumbilical, presenta anillo de 2 cm aproximadamente, se palpa masa de 3x3 cm no reductible, no signos peritoneales.

Genito-urinario: PPL (-) PRU (-)

Sistema nervioso: Paciente despierto, LOTEPE, Glasgow 15/15.

- Exámenes auxiliares:

Hemograma: Leucocitos: 15.17, Neutrófilos 12.66 (83.5%) / Bast 0.01 (0.1%),
Hemoglobina: 15 g/Dl, HCT: 43.3%, Plaquetas: 242.

Hemoglobina y hematocrito de control: 14.4 g/Dl / 42.1%

Glucosa: 102, Urea: 23, Creatinina: 0.66, Grupo y factor: O+, Serológicos: no reactivo

Examen de orina: Células epiteliales: 0-2 XC, Hematíes: 0-2 XC, Leuc: 0-3XC

- Diagnóstico: Hernia umbilical incarcerada
- Tratamiento: Hernioplastia umbilical
- Procedimiento de Cirugía:

Primero se realizó la asepsia y antisepsia, colocación de campos estériles y se hace incisión semiluna periumbilical izquierda. A continuación, disección por planos hasta identificación de saco herniario, reducción del mismo, liberación de espacio preperitoneal. Luego, identificación de anillo herniario y colocación de malla de polipropileno en espacio preperitoneal y fijación con nylon. Cierre de aponeurosis con vicryl. Fijación de ombligo y cierre de piel con nylon 3/0. Paciente tolera acto operatorio y pasa a URPA.

Hallazgo: Protrusión abdominal a través de anillo umbilical, a través del cual protruye saco herniario de 4x3cm, con contenido de epiplón, anillo herniario de aproximadamente 2.5 cm.

- Diagnóstico post quirúrgico:
post operado de hernioplastia umbilical por hernia umbilical incarcerada.

- Hospitalización: Paciente estuvo alojado en hospitalización de cirugía. Se le administra cefazolina 1gr cada 8 horas y metamizol 1.5 gr EV cada 8 horas. Evolución favorable. Alta a los 2 días con indicaciones médicas y orientación de signos de alarma.

1.3 Rotación de medicina interna

Caso clínico número 5:

- Filiación:
Historia clínica: 0033145
Nombre del paciente: VCZ
Sexo: femenino
Edad: 64 años
Ocupación: Ama de casa
Natural: y Procedente: Lurigancho – Chosica
Estado civil: casada
Religión: católico
Fecha: 03/01/21

- Antecedentes patológicos

ITU no complicada hace 2 meses, urocultivo: E COLI BLEE+, tratamiento EV completo. Niega alergia a medicamentos.

- Antecedentes epidemiológicos

Niega familiares enfermos. Niega viajes en los últimos años.

- Atención emergencia:

Ingresa a la emergencia con historia molestias urinarias, náuseas y SAT

- Anamnesis

Paciente mujer de 64 años con antecedente de ITU no complicada hace 2 meses E COLI BLEE+ por lo que fue hospitalizada y tratada con antibioticoterapia endovenosa. Actualmente, acude a emergencia debido a que hace aproximadamente 7 días inicia malestar general, dolor lumbar bilateral, náuseas, SAT, escalofríos, disuria, tenesmo y polaquiuria.

Paciente fue evaluada en clínica privada donde fue diagnosticado de ITU no complicada. Trayendo examen auxiliar, urocultivo: E COLI BLEE+, sensible a meropenem.

- Examen físico:

FC: 119 por minuto FR: 19 por minuto Temperatura: 37.6 °C Sat.Ox: 97%
Peso: 55 Kg. talla: 1.60 m.

Paciente despierto, reactivo, conectado a entrono. AREG, AREN, AREH.

Piel: Tibia, hidratada y elástica, llenado capilar < 2”, no ictericia, no cianosis.

Tórax y pulmones: Amplexación adecuada, murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: blando, depresible, RHA (+), no doloroso a la palpación, no distendido.

GU: PPL (+) PRU (+)

Sistema nervioso: LOTEPE, Glasgow 15/15, no signos focalización.

- Exámenes auxiliares:

Paciente hospitalizada en servicio de medicina interna con resultados de exámenes auxiliares.

Examen de orina: Hematíes: 2-6 xc, Leucocitos: mayor de 100 XC, Cel. Epiteliales: 0-2 XC, Germen: 1+, Píocitos: escasos.

Urocultivo (tomado en clínica particular): E COLI BLEE+, sensible a meropenem

Hemograma:

Inicio Leucocitos: 14.7, Hemoglobina: 13.3, Plaquetas: 230000

Control Salida: Leucocitos: 8.94, Hemoglobina: 13.2, Plaquetas: 23000

Urea: 40, Creatinina: 1.34, Glucosa: 94 mg/dL

Ecografía: riñones ecográficamente dentro de límites normales al momento del estudio

- Diagnóstico:

ITU no complicada CIEIX: N39

ITU recurrente CIEIX: N39.9

- Tratamiento:

Se le administra Meropenem 1gr cada 8 horas durante 10 días, Ranitidina 300 mg cada 24 horas vía oral y paracetamol 1g condicional a temperatura > 38.3 °C.

- Evolución y Alta médica:

Evolución diaria favorable, mejoría clínica, se completó tratamiento durante 10 días de antibioticoterapia y se le da alta médica.

Caso clínico número 6:

- Filiación:

Historia clínica: 0085339

Nombre del paciente: SANS

Sexo: femenino

Edad: 46 años

Ocupación: ama de casa

Natural: y Procedente: Lurigancho – Chosica

Estado civil: conviviente

Fecha: 06/02/21

- Antecedentes patológicos

Diagnóstico de litiasis vesicular hace dos años

Niega alergia a medicamentos

Nunca hospitalizado

- Antecedentes epidemiológicos

Niega familiares enfermos. Niega viajes en los últimos años.

- Atención emergencia:

Ingres a la emergencia por dolor abdominal en HCD, náuseas, vómitos.

Deposiciones líquidas

- Anamnesis

Paciente mujer de 46 años de edad con diagnóstico de litiasis vesicular hace dos años, presenta dolor abdominal tipo cólico en HCD de 2 días de evolución progresivo y de inicio insidioso, asociada a sensación nauseosa, vómitos en 3 oportunidades, con deposiciones líquidas sin moco ni sangre 2 cámaras al día aproximadamente, ictericia leve y SAT precedido de escalofríos por lo cual acude a emergencia.

- Examen físico:

FC: 66 por minuto, FR: 20 por minuto, T°: 37 °C Sat.Ox: 97% Peso 78 Kg.

Talla: 158 cm.

Paciente despierto, conectado con entrono. AREG, AREN, AREH.

Piel: Tibia, hidratada y elástica, llenado capilar < 2", ictericia leve, no cianosis.

Tórax y pulmones: Amplexación adecuada, murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: blando, depresible, RHA (+), doloroso a la palpación en cuadrante superior derecho, Murphy (+), blumberg (-), Mc burney (-),

GU: PPL (-) PRU (-)

Sistema nervioso: LOTEP, Glasgow 15/15, no signos focalización.

- Exámenes auxiliares:

Paciente hospitalizada en servicio de medicina interna con resultados de exámenes auxiliares.

Hemograma: Leucocitos: 23.22, neutrófilos 22.28 (95%), Hemoglobina: 11.3 g/dl, HCT: 31.7%, Plaquetas: 424.

Fosfatasa alcalina: 1632 bilirrubina D: 5.78 bilirrubina T: 7.74 mg/dL

Amilasa: 43 → 86 Lipasa: 32 → 61.42 PCR: 81.1

LDH: 392 (VN: hasta 285) Glucosa: 113

Albumina: 4.34 TGO:425 →110 TGP: 536 →176 GGT: 1056 → 658

Ecografía: Dilatación de las vías biliares intra y extrahepática con sugestiva de coledocolitiasis distal, se recomienda colangioresonancia. Resto de órganos evaluados ecográficamente conservados.

- Diagnóstico:

Síndrome icterico d/c Coledocolitiasis vs colangitis CIEX: K80.5
Litiasis vesicular CIEX:K80.2

- Tratamiento:

Se le administra ceftriaxona 2 g EV cada 24 horas durante 5 días, metoclopramida EV cada 8 horas, omeprazol 40 mg EV cada 24 horas, tramadol 100 mg ev cada 8 horas.

- Evolución y Alta médica:

Evolución diaria favorable lento, se completó tratamiento durante 5 días de antibioticoterapia, a la espera de colangioresonancia. Paciente explica situación, pide alta por tener 4 hijos en casa y no tener quien los cuide, se le explicó los riesgos. Paciente refiere volverá cuando se realice colangioresonancia próximamente.

1.4 Rotación de Pediatría

Caso clínico número 7:

- Filiación:

Historia clínica: 91831225

Apellidos y Nombres: YPKA

Edad: 11 meses

Sexo: masculino

Dirección: Lurigancho-Chosica

Fecha: 12/04/21

Hora: 12:32 pm.

- Anamnesis:

Paciente lactante de sexo masculino de 11 meses de edad, procedente de Lurigancho - Chosica, donde reside hasta la actualidad, acude a emergencia traído por su madre quien refiere que paciente presentó fiebre de 38.5 °C durante 3 días, por lo cual la madre le coloco medios físicos, sin conseguir bajar la temperatura. El día de ayer desapareció la fiebre y hoy se agrega exantema maculo pápular no pruriginosa de coloración rosada, inicio en cara y cuello, al pasar las horas, continua su aparición en brazos y tronco.

- Antecedentes perinatales de importancia:

Parto eutócico a término peso al nacer 3 ,5 kilos.

Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses; luego, alimentación complementaria. Inmunizaciones completas para la edad.

- Antecedentes patológicos

Niega alergia a medicamentos. Nunca hospitalizado.

- Antecedentes epidemiológicos

Niega familiares enfermos.

- Examen físico:

FC: 119 por minuto FR: 19 por minuto Temperatura: 37 °C Sat.Ox: 97% Peso 10 kilos talla: 74 cm

Paciente despierto, reactivo, conectado a entrono. AREG, AREN, AREH.

Piel: Tibia, hidratada y elástica, llenado capilar < 2", no ictericia, no cianosis, presenta exantema maculo papuloso de coloración rosada en cara, cuello, tronco y brazos.

Tórax y pulmones: Amplexación adecuada, murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: blando, depresible, RHA presentes, no doloroso a la palpación, no distendido

Sistema nervioso: No irritable, no signos focalización.

- Valoración nutricional: eutrófico

Peso/edad: 0.14 DE → no hay desnutrición global

Talla/edad: -0.50 DE → no hay desnutrición crónica

Peso/talla: 0.78 DE → no hay desnutrición aguda

- Diagnóstico:

Lactante varón eutrófico CIEX: Z00.1

Exantema súbito (sexta enfermedad) CIEX: B08.2

- Plan y tratamiento:

1) Paracetamol 30 gotas condicional a fiebre

2) Orientación de signos de alarma: si la piel se ve más roja, caliente e hinchada, o cuando salen costras color miel o pus.

Caso clínico número 8:

- Filiación:

Historia clínica: 0238313

Apellidos y Nombres: BMAK

Edad: 4 años + 9 meses

Sexo: masculino

Dirección: Lurigancho-Chosica

Seguro: SIS PEAS complementario

Fecha: 12/04/21

Hora: 11:06 a.m.

- Anamnesis:

Paciente varón de 4 años de edad, procedente de Lurigancho - Chosica, donde reside hasta la actualidad. Madre refiere que paciente recibió un arañazo de gato en la cara hace 14 días aproximadamente, a partir de este incidente presenta progresivamente astenia, malestar general, hiporexia, fiebre y adenopatías en región submandibular, por lo cual es llevado a su posta, donde se le solicita examen para *B. henselae*, trae consigo el examen, resultado: IgG (+) para *B. henselae*, en posta se le receta *azitromicina* y *paracetamol* por 5 días, completó tratamiento. Al día de hoy paciente presenta astenia e hiporexia por lo cual

acude a emergencia del HJATC, presenta adenopatías no dolorosas submandibulares.

Además, madre refiere que paciente se encuentra en tratamiento odontológico actualmente. Se le realizara una exodoncia y colocación de corona. Paciente refiere “no quiero comer porque me duele mi diente”.

- Antecedentes perinatales de importancia:

Parto eutócico a término peso al nacer 3 ,300 kg.

Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses; luego, alimentación complementaria. Inmunizaciones completas para la edad.

- Antecedentes patológicos

Niega alergia a medicamentos. Nunca hospitalizado.

- Antecedentes epidemiológicos

Niega familiares enfermos.

- Examen físico:

FC: 105 por minuto FR: 20 por minuto Temperatura: 37 °C Sat.Ox: 97% Peso 16 kg Talla:101 cm

Paciente despierto, reactivo, conectado a entrono. AREG, AREN, AREH.

Piel: Tibia, hidratada y elástica, llenado capilar < 2”, no ictericia, no cianosis.

Cabeza y cuello: normocéfalo, adenopatías submandibulares 2x2 cm no doloroso a la palpación. Proceso inflamatorio de 2da molar izquierda.

Tórax y pulmones: Amplexación adecuada, murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: blando, depresible, RHA (+), no doloroso a la palpación, no distendido

Sistema nervioso: No irritable, no signos focalización.

- Valoración nutricional: eutrófico

Peso/edad: -1.16 DE → no hay desnutrición global

Talla/edad: -1.86 DE → no hay desnutrición crónica

Peso/talla: 0.20 DE → no hay desnutrición aguda

- Diagnóstico:

Pre escolar varón eutrófico CIEX: Z00.1

Caries dental CIEX: K02.9

Enfermedad por rasguño de gato CIEX: A28.1

- Plan y tratamiento:

Orientación y educación a familiar respecto a patologías del paciente.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

La pandemia por COVID-19 ha planteado diversos retos a los estamentos de la sociedad y la educación médica no ha sido la excepción. A nivel mundial, las universidades han planteado diversas iniciativas respecto al internado médico.

Se ha planteado retos en la educación médica a nivel mundial. Nuestra sociedad ha respondido de acuerdo con sus posibilidades y necesidades con el fin de aprovechar esta situación como una oportunidad de aprendizaje³, seguir con la educación e incorporar a los internos de medicina a los establecimientos de salud con la respectiva prevención ante el contagio, como son cursos donde se explicaban las normas de bioseguridad específicamente para covid-19, así como la implementación de equipo de protección personal para los internos de medicina. Además, se tomó como opción la virtualización de seminarios por parte de la Universidad de San Martín de Porres, lo cual ayudó a absolver dudas y aplicar los conocimientos teóricos a casos clínicos.

El internado médico realizado en el Hospital José Agurto Tello de Chosica (HJATCH), ubicado en calle Arequipa 214 Lurigancho – Chosica, es una entidad adscrita al Ministerio de Salud, acreditado de Nivel II-2 de Mediana Complejidad. El cual brinda atención integral de salud con énfasis en la atención recuperativa, para contribuir a una mejor calidad de vida de la población de Chosica y aledaños. Es un nosocomio referencial para Lima Este. Este establecimiento busca satisfacer las necesidades de salud de la

población de su ámbito y referencial, brindando atención integral ambulatoria y hospitalaria básica y de otras especialidades; con énfasis en la recuperación y rehabilitación de problemas de salud.

Está constituido por diversos departamentos, los cuales son: departamento de cirugía, medicina, pediatría, gineco-obstetricia, emergencias y cuidados críticos, departamento de enfermería, de apoyo al diagnóstico y de apoyo al tratamiento. También cuenta con unidades de personal, economía, logística, servicios generales y de mantenimiento, epidemiología y salud ambiental y unidad de gestión de calidad.⁴ Además, tienen una población referencial regional de las redes de salud y establecimientos de categoría II -1 y de primer nivel de atención de su jurisdicción; es decir, Chosica y Chaclacayo. Los pacientes a los cuales se decide referir por presentar patologías que requieren de establecimientos de salud de una mayor complejidad, son llevados al hospital Hipólito Unanue y Vitarte, dependiendo de la disponibilidad.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

En relación al primer caso clínico con diagnóstico de vulvovaginitis por candidiasis, corresponde a la inflamación de la vagina y vulva, su etiología corresponde por lo general a una infección y es de suma importancia una completa y detallada historia clínica y el examen ginecológico con pruebas de laboratorio, dada la baja sensibilidad de los síntomas y signos, evitando así sub diagnosticar la infección por candida albicans con vaginosis bacteriana por *Gardenerella vaginalis* o tricomonas, en las cuales los síntomas son similares.

Puede clasificarse en inespecíficas y específicas, según los factores etiológicos involucrados. De esta manera, las vulvovaginitis inespecíficas son aquellas en las que se encuentra una flora bacteriana mixta y las vulvovaginitis específicas son aquellas en las que se detecta un germen específico, generalmente único, que no forma parte de la flora endógena de la vagina.

La clínica clásica es la presencia de dispareunia, leucorrea blanca, prurito vulvovaginal y escozor. Los síntomas son más intensos los días previos a la menstruación⁵. En este caso la paciente presentaba leucorrea blanca y prurito vulvovaginal.

La vía de administración es opcional en los casos no complicados, entre las opciones de tratamiento tenemos el Clotrimazol en crema (2%, 5 g al día por 3 días) u óvulos (100 mg al día durante 7 días) o clotrimazol 500 mg (dosis única). En caso de candidiasis a repetición se debe indicar cultivos, tratar a la pareja sexual y descartar patología concomitante⁵. Así como, brindar consejería de ETS, promover el uso y proveer condones y hacer que la

paciente retorne si fuera necesario. Es por ello, que el tratamiento fue adecuado con clotrimazol en óvulos de 100 mg en las noches por 7 días. Respecto a las últimas guías nacionales de manejo de ETS tanto de EsSalud como MINSA, donde se describe que las pacientes que acuden al establecimiento de salud por flujo vaginal anormal se le debe realizar una adecuada historia clínica, tener evidencia del flujo vaginal anormal el cual refiere y dar tratamiento para el síndrome de flujo vaginal, brindar consejería de ETS, promover el uso y proveer condones y hacer que la paciente retorne si fuera necesario. En el caso del establecimiento de salud donde se realizó la consulta sería de tipo 1, ya que puede realizar un examen ginecológico con espejito, pero no cuentan con las facilidades para la realización de coloración Gram de hisopado de endocervix y no es posible la entrega de resultados en un máximo de 30 minutos. Esto sería para diferenciar el diagnóstico de vaginitis de una vaginitis más cervicitis, pero a largo plazo se ha visto que la realización de este resultado solo da un sobrediagnóstico y sobretratamiento de la cervicitis, por ende, es no costo – efectiva y solo se realizaría en los establecimientos de salud que puedan ofrecer esta capacidad de laboratorio. El tratamiento para síndrome de flujo vaginal consistirá en 2g de metronidazol vía oral, en dosis única y en clotrimazol 500 mg vía vaginal en dosis única por presentar prurito. Es por ello, que el tratamiento fue adecuado con clotrimazol, pero se debió adicional metronidazol 2g en dosis única por no contar con prueba para el diagnóstico⁶.

El segundo caso clínico, gestante de 39 semanas con RPM de 6 horas, según la “guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología” del año 2018. Recomienda la hospitalización de la paciente, reposo en decúbito lateral e hidratación. Además, de iniciar antibióticos profilácticos ya que tiene 6 a más horas de RPM, ya que reduce la morbilidad infecciosa materna; al no presentar clínica de corioamnionitis recomienda cefalosporina 1°G (1-2 g EV c/6 h), en este caso se le indico cefazolina 1g EV cada 6 horas, cumpliendo con la recomendación dada por la guía.

También, terminar la gestación dentro de las 24 horas siguientes ya que la gestación es mayor a 34 semanas. En este caso se optó por pedir exámenes pre quirúrgicos en la emergencia y realizarle cesárea, la mejor

opción según la guía sería realizar score bishop si el puntaje es mayor o igual a 7 se hará una inducción del trabajo de parto y atención de parto vaginal monitorizado. Si es menor o igual a 7 puntos se realizará la maduración Cervical con 2 mU de Oxitocina por 10 horas y luego inducción del parto y solo en caso la inducción no responde luego de 6 horas, considerar como inducción fallida y proceder a cesárea⁷.

El tercer caso clínico del presente trabajo tuvo un diagnóstico de apendicitis aguda no complicada y se optó por una apendicectomía convencional basándose en la anamnesis y examen físico, además la puntuación de Alvarado dio un resultado de 7 puntos lo que indicaría alta probabilidad de apendicitis aguda, por ende, correspondería una apendicetomía que fue lo que se realizó. Según el estudio “Consideraciones vigentes en torno al diagnóstico de la apendicitis aguda” del año 2018, el diagnóstico de apendicitis aguda, por tratarse de una afección tan común, debería poder establecerse fácilmente toda vez que la precocidad diagnóstica y el tratamiento adecuado modifican favorablemente el pronóstico, con lo cual disminuye la morbilidad y mortalidad por esa causa al reducir el número de complicaciones o evitarlas⁸. Considerar además que en el establecimiento de salud al cual se hace referencia en el presente trabajo no cuenta con tomógrafo y en la mayoría de ocasiones tampoco con ecografista, por ende, el importante énfasis en la anamnesis, clínica y escala de Alvarado el cual cuenta con un alto porcentaje de sensibilidad y una buena especificidad en relación al diagnóstico histopatológico⁹.

El cuarto caso fue correspondiente a la rotación de cirugía general con diagnóstico de Hernia umbilical incarcerada se realizó Hernioplastia umbilical, se empleó colocación de malla. Según el estudio “Hernia umbilical: un problema no resuelto” del año 2019, una evaluación de la evidencia mediante una revisión sistemática y metaanálisis reciente, que incluyó cinco ensayos clínicos controlados, concluyó que la utilización de una malla en la reparación de la hernia umbilical protege significativamente contra la recurrencia en defectos mayores de un centímetro de diámetro¹⁰, en este caso el anillo era de 2 cm por ende fue la decisión correcta según el estudio.

El caso clínico número 5, trata sobre una paciente mujer de 64 que tiene como antecedente ITU no complicada hace 2 meses BLEE+ por lo que fue hospitalizada y tratado con antibioticoterapia endovenosa, actualmente presenta ITU no complicada e ITU recurrente, paciente cuenta con urocultivo que indica E COLI BLEE+ sensible a meropenem por lo cual fue hospitalizada por 10 días para recibir tratamiento EV. Según la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de infección del tracto urinario en el hospital santa rosa – MINSA, año 2020, el diagnóstico es correcto ya que al ser su segunda infección dentro de 3 meses se considera ITU recurrente y no complicada debido a que no presenta otra comorbilidad ni anormalidad funcional y/o estructural del tracto urinario, además es una infección del tracto urinario alto por la clínica nos indicaría que es una pielonefritis aguda, por lo cual la guía indica que se debe realizar cultivo de orina. Por otro lado, respecto a la ecografía solo se solicita en caso de sospecha de sepsis, insuficiencia renal aguda, hematuria franca, tumoración palpable, embarazo, o persistencia de fiebre 48 horas después de tratamiento; por lo descrito anteriormente podemos entender que no era criterio para solicitar una ecografía. Respecto a la hospitalización la guía nos indica que si tiene buena tolerancia oral y no tiene manifestaciones de urosepsis se debe manejar de forma ambulatoria¹¹; sin embargo, también refiere que para este caso el tratamiento se debe dar según antibiograma y en este caso era sensible a meropenem por ende era necesario la hospitalización para una adecuada administración del antibiótico endovenoso.

El sexto caso clínico paciente mujer de 46 años de edad con antecedente de litiasis vesicular hace 2 años; actualmente con diagnóstico de Síndrome icterico d/c Coledocolitiasis vs colangitis, se le dio antibioticoterapia y se solicita colangiorenancia. La CPRE es un procedimiento invasivo con eventos adversos asociados, por lo que se debe realizar de manera selectiva, recomendándose la colangiopancreatografía por resonancia magnética como evaluación inicial más apropiada ante la sospecha de cálculo en el conducto biliar común¹². Según el estudio “Rendimiento de los criterios predictivos de la ASGE en el diagnóstico de coledocolitiasis en el Hospital Edgardo Rebagliati

Martins”, en el Perú no se cuenta con ningún estudio que evalúe el rendimiento de la guía clínica actual orientada a estratificar a los pacientes según probabilidad de presentar coledocolitiasis, contándose sólo con publicaciones que describen el desempeño diagnóstico del perfil bioquímico y ecográfico en la investigación de la coledocolitiasis. Además, el único predictor muy fuerte que presentó asociación estadísticamente significativa con el diagnóstico de coledocolitiasis fue la presencia de litiasis en la vía biliar común, otro hallazgo de importancia fue que el 85% de los pacientes con colangitis presentaron coledocolitiasis en la CPRE¹³.

El caso clínico número siete es un paciente pediátrico de 11 meses con diagnóstico de exantema súbito, podemos notar la gran importancia de reconocer la enfermedad, ya que algunos de estos lactantes que están siendo tratados con antibióticos por el cuadro febril previo a la aparición del exantema, pueden ser mal diagnosticados, atribuyendo el exantema a una reacción de tipo alérgico, confusión que condicionaría su tratamiento y obligaría a realizar pruebas no necesarias ya que el exantema súbito es tratado solo con medicamentos sintomáticos, debido a que se autolimita y desaparece en 1 o 2 días sin descamación¹⁴. Por otro lado, dada la situación actual donde la mayoría de casos que acudían a emergencia tenían síntomas de covid-19 y/o antecedente epidemiológico importante, se debe realizar un diagnóstico diferencial con dicha enfermedad. Según el estudio “manifestaciones cutáneas en el contexto de la infección por SARS-CoV-2 (COVID-19)” del año 2020, si el agente etiológico es por el virus SARS-CoV-2 puede presentar síntomas dérmicos como máculas y pápulas eritematosas, pero estas se acompañan con clínica respiratoria o sistémica, o aparece a los pocos días de la misma, además según estudios lo asocian con prurito en dos tercios de los casos, lo cual no se dio en el presente caso clínico¹⁵.

Finalmente, el caso clínico número 8 correspondiente a la rotación de pediatría, fue un paciente diagnosticado de arañazo de gato, los médicos podrían sospechar de esta enfermedad si atienden un caso de adenitis regional con antecedentes de contacto con gato, considerando además una adenopatía que suele ser mayor de 4 cm llegando hasta los 10 cm, siendo la

mayoría localizadas en zonas del cuello y la axila, con presencia o antecedente de fiebre¹⁶. En este caso se relacionó la clínica con el proceso infeccioso e inflamatorio odontológico; sin embargo, el estudio científico sugiere solicitar ecografía de la adenopatía, lo que puede dar signos sugerentes de esta enfermedad, como la abscesificación, la cual no se solicitó debido a que al examen físico solo se palpaban adenopatías submandibulares de 2x2 cm aproximadamente, no dolorosas. Si bien el estudio refiere la autolimitación, se recomienda el uso de azitromicina durante 5 días que fue el tratamiento del paciente en mención.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

A pesar de que la formación médica en los últimas décadas es función sustantiva de los escenarios de práctica clínica, en respuesta a la pandemia, las facultades de medicina decidieron, por salvaguardar la salud de los estudiantes y sus familias, suspender temporalmente las practicas hospitalarias y priorizar un enfoque académico innovador, buscando soluciones para realizar una transición rápida de todo el plan de estudios a formatos virtuales y tecnológicos, el cual tiene contenidos teóricos, prácticas didácticas, exámenes o combinaciones de estas, lo cual es necesario para no atrasar su educación y contribuir a su constante formación.

Además, existen alternativas disponibles, que se pueden dar a la par del cumplimiento de actividades de formación, puede haber una contribución a la sociedad por parte de los internos de medicina, como son el diseño de material educativo para pacientes o población en general, la atención telefónica en convenio con centros especializados, desarrollo de guías o protocolos que sean publicados en revistas científicas, educación a la comunidad a través de redes sociales u otras plataformas, entre otras actividades que se pueden realizar a larga distancia de manera virtual¹⁷.

Iniciar internado medico pre pandemia y continuarlo durante la pandemia permitió notar cambios en el centro hospitalario, principalmente en el aspecto de normas de bioseguridad y cumplimiento de ellas. Así como, resaltó la importancia de la relación médico – paciente, que conlleva mucha empatía, paciencia, entendimiento, apoyo y orientación para con el paciente, en una

situación tan compleja como atravesar una patología propia y, dada la coyuntura, muchas veces a sabiendas que sus seres queridos también padecen enfermedad.

El internado médico permitió conocer aspectos propios, así como mejorar tanto de manera profesional como personal, obteniendo un crecimiento como futuro médico. Además, fue notorio como la vocación de servicio superaba el miedo por el contagio de una enfermedad que ocasiona tanto dolor en la humanidad. Esto, personalmente, me permitió corroborar que escogí la profesión más idónea para mí.

4.1 Rotación de Gineco-obstetricia

Primera rotación, pre pandemia. Mes enero, febrero y marzo 2020.

Fue la primera experiencia en la cual hubo trato directo con los pacientes, poder realizar una anamnesis, examen físico, orientación, promoción de la salud, etc. y así poder plasmar y consolidar lo aprendido durante los años previos de carrera. Asimismo, esta rotación permitió poder conocer el ambiente quirúrgico, orientando mi futura especialidad. Sin embargo, la dificultad que puedo resaltar en esta rotación fue la organización del horario respecto a las guardias y poder efectuar el permiso tramitado por universidad para las clases de preparación para el examen nacional de medicina, esto se pudo resolver mediante la ejecución de un horario con nuestro tutor y compañeros.

En esta rotación se pudo observar y practicar en el área quirúrgica, clínica, preventiva, entre otras.

4.2 Rotación de cirugía general

Segunda rotación, durante la pandemia. Mes noviembre y diciembre 2020.

Al retornar al internado médico ya en época de pandemia, los protocolos de bioseguridad, la distribución de tópico de emergencia, hospitalización, sala de operaciones, entre otros, habían cambiado. Teniendo que usar el equipo de protección personal de manera correcta, considerando que se debe tener una cercanía con el paciente para poder realizar los procedimientos en cirugía. La

dificultad que hubo en esta rotación, fue afrontar y vencer el miedo ante el virus SARS-CoV-2, después de haber estado en cuarentena absoluta por muchos meses, saber que se daba un contacto con pacientes posiblemente infectados con covid-19, aprender a enfrentar el temor al contagio y brindar al paciente un buen servicio, así como hacerle sentir que había empatía y comprensión de parte del personal de salud para con ellos. Lo cual se fue aprendiendo poco a poco al avanzar la rotación. Así como también, aprender a realizar procedimientos nuevos que se hacían en tópicos de emergencia o sala de operaciones, lo cual se fue consiguiendo al pasar las semanas.

4.3 Rotación de Medicina interna

Tercera rotación, durante la pandemia. Mes enero y febrero 2021.

Medicina interna fue una rotación que permitió entender que se trata a enfermos y no a enfermedades, comprender que, si bien nos basamos en los conocimientos dados por la medicina humana, cada organismo reacciona de una manera particular, considerando también factores como edad, comorbilidades, entre otros. La evolución de cada paciente es autónoma y es ahí donde se mezcla la ciencia respecto a los conocimientos brindados y el arte en sentido que debemos proceder de manera individual con cada paciente.

La dificultad que se presentó en esta rotación fue que en emergencia los pacientes no se colocaban de manera adecuada la mascarilla e inclusive se la retiraban para poder toser, esto traía un riesgo de contagio para los demás pacientes así como para el personal de salud; por lo cual, para tratar de apoyar con esta problemática, trataba de orientar y explicar a los pacientes cual era el uso adecuado de la mascarilla, protector facial y como toser o estornudar de manera adecuada para disminuir el riesgo de contagio de las personas a su alrededor ya sea en el establecimiento de salud como fuera de él; así como también, la protección del propio paciente, ya que si no estuviera infectado, al retirarse la mascarilla aumenta su riesgo de contagio.

4.4 Rotación de Pediatría

Cuarta rotación, durante la pandemia. Mes marzo y abril 2021.

En esta especialidad debemos tener una buena comunicación con los padres y así poder efectuar una buena anamnesis y realizar un minucioso examen físico del niño, tratar de preguntar al paciente, si es posible, sintomatología e intensidad de ello, con palabras sencillas y valernos inclusive de dibujos para que pueda expresarse de manera más clara. Así como transmitirle seguridad al paciente.

La dificultad que presentó esta rotación fue el poder establecer una comunicación comprensible con los padres respecto a la explicación y descripción de la sintomatología de sus hijos, al pasar los días mis residentes y asistentes fueron enseñándome como tener un mejor entendimiento respecto a sus explicaciones, y preguntarle detenidamente y con palabras coloquiales para poder obtener la información más precisa y así poder realizar una buena anamnesis y por ende una mejor orientación hacia el diagnóstico certero, lo cual conlleva a un tratamiento preciso y una buena rehabilitación del paciente pediátrico.

CONCLUSIONES

1. El internado médico permite consolidar, integrar y aplicar los conocimientos adquiridos durante los años previos de la carrera.
2. Es de suma importancia el proceso enseñanza-aprendizaje de este último año de la carrera fundamentales para el desenvolvimiento del médico general.
3. El interno de medicina humana debe estar en constante estudio para poder brindar un buen servicio al paciente, así como resolver dudas con los docentes, lo cual aportará a mejorar sus capacidades y conocimientos.
4. La pandemia trajo cambios importantes respecto a las normas de bioseguridad en los centros de salud y el cumplimiento correcto de ellas con el fin de asegurar el bienestar del personal de salud
5. La anamnesis y examen físico son de suma importancia, sobre todo en establecimientos de salud como el Hospital José Agurto Tello de Chosica (HJATCH), debido a que no se cuenta con todos los recursos recomendados para un diagnóstico certero según las guías, por ende, el énfasis que se pone en ello.

RECOMENDACIONES

- Se debe promover la implementación de estrategias que promuevan el aprendizaje a través de la optimización del tiempo en el cual no se acude a las aulas ni a las practicas hospitalarias, principalmente mediante actividades de investigación, aumentando así el compromiso, razonamiento científico, motivación y el razonamiento critico necesario para obtener un adecuado desempeño.
- Además, los seminarios virtuales por parte de la Universidad de San Martin de Porres – facultad de medicina humana - apoyaron en el aprendizaje, pudiendo aplicar los conocimientos teóricos a casos clínicos presentados; además, resolviendo dudas que quedaron en las rotaciones diarias del hospital y no pudieron absolverse durante la práctica; siendo su continuación un aporte para la formación del último año de la carrera.
- La organización de los turnos durante la pandemia, de los internos de medicina humana, permitió una mejor enseñanza y aprendizaje, debido a la disminución de internos por rotación.
- Por un adecuado cuidado de los internos de medicina y personal de salud en general, se acepten pacientes pediátricos en zona COVID siempre que tengan antecedente epidemiológico importante y/o prueba positiva para Covid-19. Ya que al recibir atención en zona no COVID aumenta el riesgo de contagio para los demás pacientes; así como, para los trabajadores que cuentan con equipo de protección personal para el lugar, además considerando que muchos pacientes no hacen

un buen uso de mascarillas por la misma edad y poca asesoría de sus padres.

- Al no contar con recursos completos para el apoyo de diagnóstico por imágenes, no permitió el aprendizaje de la lectura de ello, así como tampoco el protocolo adecuado en algunas patologías que requerían de estos exámenes; por lo cual, podría implementarse con un mayor número de imágenes, los casos clínicos de los seminarios virtuales de la facultad de medicina humana.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Albitres-Flores Leonardo, Pisfil-Farroñay Yhojar A., Guillen-Macedo Karla, Niño-García Roberto, Alarcon-Ruiz Christoper A.. Percepción de los internos sobre la suspensión del internado médico durante la cuarentena por la COVID-19. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2020 Jul [citado 2021 Abr 18] ; 37(3): 504-509. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342020000300504&lng=es.
2. Rodríguez Auad Juan Pablo. El médico virtuoso. Rev. bol. ped. [Internet]. 2014 [citado 2021 Abr 18]; 53(1):1-2. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752014000100001&lng=es.
3. Herrera-Añazco Percy, J.Toro-Huamanchumo Carlos. Educación médica durante la pandemia del COVID -19: iniciativas mundiales para el pregrado, internado y el residentado médico. Acta méd. Peru [Internet]. 2020 Abr [citado 2021 Abr 16] ; 37(2): 169-175. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172020000200169&lng=es.
4. Hospitalchosica.gob.pe [Internet]. Lima. [actualizado 2021; citado 17 Abr 2021]. Disponible en: <http://www.hospitalchosica.gob.pe/>
5. Sanchez Gaitan, Esteban. Manejo de vulvovaginitis en la atención primaria. Rev Médica Sinergia. [Internet]. Ago 2018 [citado 2021 Abr 17]. 3 (8), 13-20. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7148924>.

6. Gerencia central de prestaciones de Salud. Guía de Manejo Sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en ESSALUD [Internet]. 2010 ene. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/disposiciones/08GCPS2010.pdf>
7. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. [Internet]. 2 ed. 2018. [citado 18 Abr 2021] ; 110-114. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf>.
8. Rodríguez Fernández Zenén. Consideraciones vigentes en torno al diagnóstico de la apendicitis aguda. Rev Cubana Cir [Internet]. 2018 Dic [citado 2021 Abr 17] ; 57(4): e703. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932018000400007&lng=es.
9. Meléndez Flores Jhuvitza Estela, Cosio Dueñas Herbert, Sarmiento Herrera William Senen. Sensibilidad y especificidad de la Escala de Alvarado en el diagnóstico de pacientes atendidos por apendicitis aguda en Hospitales del Cusco. Horiz. Med. [Internet]. 2019 Ene [citado 2021 Mayo 01] ; 19(1): 13-18. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2019000100003&lng=es.
10. Lora-Aguirre Alejandro, Vega-Peña Neil Valentín, Barrios-Parra Arnold José, Ruiz-Pineda Juan Pablo. Hernia umbilical: un problema no resuelto. Iatreia [Internet]. 2019 Dic [citado 2021 Abr 18] ; 32(4): 288-297. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932019000400288&lng=en.
11. Clariza Bimichumo Sagastegui, Henry Martínez Pizarro, Amado Velásquez Chumpitazi. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de infección del tracto urinario en el Hospital [Internet]. 2020 Oct. [citado 2021 Abr 16] Disponible en: <http://190.102.131.45/transparencia/pdf/2020/resoluciones/RD-267-2020-INFECCION-DEL-TRACTO-URINARIO.pdf>.

12. Gomez Hinojosa Paúl, Espinoza-Ríos Jorge, Bellido Caparo Alvaro, Pinto Valdivia José Luis, Rosado Cipriano Mavel, Prochazka Zarate Ricardo et al . Precisión de los predictores de la ASGE en el diagnóstico de coledocolitiasis en un hospital público de Lima, Perú. Rev. gastroenterol. Perú [Internet]. 2018 Ene [citado 2021 Abr 15] ; 38(1): 22-28. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292018000100003&lng=es.
13. Benites Goñi Harold Eduardo, Palacios Salas Fernando Vicente, Asencios Cusihuallpa Jairo Luis, Aguilar Morocco Rossmery, Segovia Valle Nasthya Solange. Rendimiento de los criterios predictivos de la ASGE en el diagnóstico de coledocolitiasis en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Rev. gastroenterol. Perú [Internet]. 2017 Abr [citado 2021 Abr 20] ; 37(2): 111-119. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292017000200002&lng=es.
14. Palacios-López, Carolina Guadalupe, Durán-Mckinster, Carola, Orozco-Covarrubias, Luz, Saéz-de-Ocariz, Marimar, García-Romero, María Teresa, & Ruiz-Maldonado, Ramón. Exantemas en pediatría, 2015. Acta pediátrica de México. [Internet]. 2015 Oct [citado 2021 Abr 15] ; 36(5), 412-423. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912015000500412&lng=es&tlng=es.
15. J.M. Carrascosa, V. Morillas, I. Bielsa, M. Munera-Campos. Manifestaciones cutáneas en el contexto de la infección por SARS-CoV-2 (COVID-19). Actas Dermo-Sifiliográficas. [Internet]. 2020 Nov [citado 2021 Abr 16] ; 111(9), 734-742. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001731020302878>
16. Miranda-Choque Edwin, Candela-Herrera Jorge, Díaz-Pereda Javier, Fernández-Vega Ana, Kolevic-Roca Lenka, Patiño-Gabriel Lilian et al. Bartonella henselae in children with regional adenitis treated in a Peruvian national hospital, 2012. Rev. peru. med. exp. salud publica [Internet]. 2014 Abr [citado 2021 Abr 15] ; 31(2), 274-277. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000200012&lng=es.

17. Sánchez-Duque Jorge. Medical education in pandemic time: The case of coronavirus disease 2019 (COVID-19). Elsevier Public Health Emergency Collection. Educación Médica. [Internet]. 2020 Jul [citado 2021 Abr 17] ; 21 (4), 259-260. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7311894/>.